

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書
【 令和5年秋開始 追加接種用 】

令和 年 月 日

大治町長 殿

申請者 氏名
住所 大治町大字
電話番号
被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

下記の事項に同意の上、接種券の発行申請をします。
(下記をよくお読みの上、にチェックしてください。)

- 新接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム(以下「VRS」という。)上において、大治町が個人番号(マイナンバー)又は他の個人情報(氏名・生年月日・性別)により、被接種者の以前にお住まいの市区町村における接種記録を確認します。

被 接 種 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生 年 月 日		年 月 日 (歳)
	個人番号(マイナンバー)		
送 付 先 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 生後6か月から64歳で、追加接種を希望する。 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券が紛失・破損・届かない <input type="checkbox"/> 医師との相談(予診)のみで使用した <input type="checkbox"/> その他 ()		

保健センター処理欄

受付者	受付方法	交付方法	本人確認等	交付日	確認者
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> コールセンター	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 本人確認書類 <input type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状	/	
前回接種状況(健康かるて又はVRS)			確認事項		
① 回数・接種日: 【 】回目・令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 住民登録日 年 月 日		
② ワクチン種類: 【 】			<input type="checkbox"/> 発送者名簿 令和 年 月 日		